DOCUMENT: 860-236/002

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

An Overview of Present Studies, Problems and Efforts Related to Health Promotion in Québec

QUÉBEC

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

Prevention - Promotion: a continuum in the pursuit of the goal of health

Health protection

The protection of public health is a major responsibility of the government and more specifically of the Department of Health and Social Services. Public health is protected by three main strategies: health promotion; prevention of disease and, more generally, of health and social problems; and surveillance and control of public health.

The boundaries between these different strategies are not always precise and there are many definitions of them. To put this presentation in context, it is important to briefly point out the connections, as well as the differences, between promotion and prevention.

Health promotion

Health promotion is a process designed to give individuals and communities better control over the factors determining health, and thus to improve their health. This is the overall concept of those who recognize the basic necessity to change both lifestyles and living conditions for health. Health promotion is a strategy that mediates between people and their environment, combining personal choice and social responsibility for a healthier future.

Health promotion can be summarized in the following general principles: health promotion works with people, not against them; it is a process that takes place in the local community from beginning to end; it deals with both the underlying causes of health and the immediate ones; it concerns both the

individual and the environment; it stresses the positive dimensions of health; it affects all sectors of society and the environment and it should secure everyone's participation.

Prevention of disease

Prevention of disease usually means the strategies used to reduce the risk factors for a specific illness or to enhance a series of factors for a that reduce predisposition to illness.

Prevention of disease can also include activities and strategies intended to minimize the effects of an illness once it has been contracted. In this case, a distinction is made between primary and secondary prevention.

Primary prevention seeks to prevent the appearance of an illness or disorder. Secondary prevention seeks to arrest an illness or slow its progress through early detection and appropriate treatment; it also seeks to reduce the number of relapses and chronic illnesses through rehabilitation or corrective surgery, for example.

Prevention of disease is essentially a medical activity and involves individuals or groups considered particularly at rist. Its purpose is to protect health. It does not represent a positive vision of health that is always improving, bt seeks to maintain the status quo. Health promotion, on the other hand, starts with the whole population in everyday life and not with selected individuals or groups. Its purpose is to improve health. In this context, health promotion and prevention of illness can be considered two distinct but complementary activities that overlap in various situations and circumstances.

Promotion of health and disease prevention thus lie on on a continuum

In practice, it will not always be easy or desirable to separate promotion and prevention. With this approach, actions to promote health will be seen as indistinguishable from preventive measures and even surveillance and contol. Priorities for promotion will often be more easily established in terms of problems rather than in terms of desirable states of health that are sometimes hard to define.

Social inequalities related to health

Statement of the problem

° Many factors are involved in the inequality of opportunities for health, and socio-economic status is directly related to the incidence of illness and major health problems; it increases the effects of all other factors on health.

° A conference will be held in the fall of 1989 to point the way for social and health workers and all others concerned, to reduce social inequalities affecting health.

The goals of the conference are

° to raise awareness of the increasing social inequalities that account for the disparities in health in Québec;

° to stimulate debate about the seriousness of the problem and the power to bring about the necessary changes; and

° to mobilize for action by making Québec's achievements known and exploring new approaches to intervention and research.

Cardio-vascular diseases, or heart health

Statement of the problem

° Cardio-vascular diseases are the leading cause of death, of hospitalization and of reduced life expectancy without disability, and the second leading cause of restricted activity for Quebecers.

° With respect to risk factors associated with cardio-vascular diseases, the Québec Health Survey shows that more than one adult in three still smokes cigarettes every day and that the largest proportion of smokers is in the 25-44 age group. In addition, a third of the population is overweight; 28% weigh more than they should and 9% are obese.

Objectives

° Establish a provincial heart health master program to reduce illness and death due to cardio-vascular diseases among the Québec population.

° Master program to include goals for reducing the incidence and prevalence of high blood pressure and high cholesterol through information and public education and various health professionals working in this field and also including work with the food processing and service industries, other government bodies and various non-profit associations and organizations.

° Concurrently with the previous objective, intersectoral activities must also be started to reduce smoking and stress and increase regular physical activity.

Activities

° Conduct a provincial investigation of the prevalence and incidence of risk factors for cardio-vascular diseases in cooperation with Health and Welfare Canada;

° Conduct a provincial nutrition survey to determine the population's eating habits;

° Participate in various work groups to define federal-provincial policies on high blood pressure and high cholesterol.

Studies

° Project to promote cardio-vascular health: health education strategy and multi-faceted approach. Gallagher, France, 1986.

° Training strategy for cardio-vascular health promoters among certain adult groups. Gallagher, France, CLSC du Val St-François, 1987.

Nutrition

1970: Canada Nutrition Survey (including a report on Québec)

1977: Québec nutrition policy

1987: Québec Health Survey

Statement of problem

° Many Quebecers have poor eating habits;

° 18-20% have breakfast only occasionally, or never;

° 32% are overweight or obese;

° 8% are anorexic;

° Nearly 50,000 young people do not consume enough calcium;

° Deficient dental health.

Objectives

° Improve Quebecers' diet by:

- general information for the whole population;
- information directed to young people, seniors, disadvantaged groups;
- helping young people make wise choices;
- access to healthy food;
- reducing the number of underweight babies through outreach to pregnant women in underprivileged communities;
- improvement of dental health;
- less obesity and anorexia.

Activities

° In the fall of 1988, publication of "L'alimentation au Québec; voies d'action pour le milieu scolaire" (Diet in Québec; approach to schools) in all regions of Québec;

° Use of this publication starting in 1989 by the three departments involved (Agriculture, Fisheries and Food; Education; Health and Social Services) in their respective systems.

Studies

° Nutrition education: kindergarden and primary level - DSC Cité de la Santé de Laval

° Dietary assessment of day care centres in territory 04 - Trois-Rivières

° Experimental project in marketing healthy diets to teens - DSC Roberval

Physical activity

Statement of problem

The contribution physical activity can make not only to health but also to an individual's general well-being is widely known. People who take part in sports regularly see the doctor less often. Regular physical activity generally reduces the risks of cardio-vascular diseases and helps maintain weight and strengthen joints (tendons and ligaments) and muscles. It also has a beneficial effect on levels of stress, anxiety, depression, insomnia and fatigue. This habit is usually associated with a balanced diet and low consumption of alcohol and tobacco, and this enhances its preventive impact.

In the last ten years, physical activity levels have improved considerably in Québec; in 1974, 18% took part, compared to 57% in 1981. According to a Canadian study, however, only a third of the population is involved in a physical activity to an extent beneficial to health, while another third is involved only occasionally. Quebecers are more sedentary than any other Canadians. Women's participation has greatly improved, although it remains less than men's on average; however, if physical exercise is considered rather than sporting activities, women participate more than men. In general, it is mostly young, educated, single people who engage in physical activity, with managers and professionals, as well as Anglophones, at the top of the list.

Campaigns to promote physical activity will become more important.

This interest is even more justified by disturbing recent data on young people's recreational habits. The advent of the microcomputer, VCR and electronic games in homes has resulted in youth expending less energy and being in worse physical condition today than 10 or 40 years ago! In the United States, obesity has increased 54% in children aged six to eleven and 39% among those aged twelve to seventeen. This situation is likely to influence the physical condition and health of today's young people and tomorrow's adults.

Objective

"Contribute to better overall health among the Quebec population by promoting a physically active lifestyle".

Activities

In the fall of 1987, the Department of Health and Social Services signed an agreement joining with the Department of Recreation, Game and Fishing, the Québec Hospital Association and the network of 32 community health departments to support the Kino-Québec program.

These three partners have set up a structure for joint action and co-operation where each is represented.

Two priorities have been set for 1988-89;

- the Viactive program for seniors;

- the Québec-Canada "In Shape" Week (in cooperation with the federal government).

Committees were set up to coordinate the work of attaining these two objectives. In addition, sub-committees work in support of the Kino-Québec program for various activities such as:

- communications;

- scientific content (connection between physical activity and health);

- evaluation.

Studies

Physical activity - health and illness. Yvan D'Amours, Québec Amérique, 1988.

Smoking

Statement of problem

- Tobacco is associated with heart disease, cancer of the lungs, trachea and bronchi, strokes, respiratory diseases and several other pathologies;
- In Canada, 80% of lung cancer is caused by tobacco products; 35,000 die (every year) as a result of cigarette smoking;
- In Québec, tobacco contributes to nearly 8,000 deaths a year, mostly due to cardio-vascular diseases and cancer (especially lung cancer);
- Quebecers are among the world's heaviest smokers; they rank fourth among western countries.

Objective

- Reduce the number of smokers by 50% by the year 2000, so that less than 20% of men and 15% of women smoke.

Activities

- January 1989 conference organized by QHA, protection of non-smokers in public places;
- On the same occasion, Department of Health and Social Services launches its official "Aire pure" guide for its agencies;
- Education programs for prevention of cardio-vascular diseases;
- Encourage institutions, municipalities and companies to regulate tobacco use in their environment.

Studies

- Smoke-free spaces, action plan for health and social service institutions in the Eastern Townships, DSC-CHUS, 1987;
- Video on tobacco smoking, Tasiujaq dispensary, 1987;
- Better living without smoking: an impact study, CLSC Châteauguay, 1986.

Alcoholism and other addictions

Statement of problem

- About 4,000 deaths a year, or 1 in 10, are attributable to alcohol;
- Alcohol is often involved in violent acts (family or sexual);
- Excessive use can lead to malnutrition;
- Responsible for a significant drop in productivity and a large number of job losses;
- More women (14%) than men (7%) consume sleeping pills;
- Consumption increases after age 35; 25% of those 65 and older take them;
- Use of illicit drugs is thought to be more frequent among young people and males.

Objective

- Adoption of responsible attitudes and behavior by individuals and society with regard to mood-altering substances.

Activities

- November 13-19, 1988: Addiction Prevention Awareness Week;
- The Department of Health and Social Services coordinates development of regional addiction prevention programs. These are to be completed by April 1, 1989;
- Subsequent program implementation as budgets permit.

Studies

- Toward an optimal alcoholism and addiction services system - CA Domremy, Trois-Rivières - Pilot project;
- Portrait of addiction resources and services on the territory of the Chicoutimi Hospital DSC, DSC Chicoutimi, 1987.

Healthy, responsible sexuality

Statement of problem

- Sexually transmitted diseases (STDs) are now epidemic. The groups most vulnerable to the effects of these diseases are young people and more particularly women, in view of the complications.
- Statistics show:
  - 5,905 cases of gonorrhea in Québec since 1986;
  - 80,000 people infected by chlamydia every year;
  - 529 declared AIDS cases in Québec, of which 276 had died (as of March 15, 1988)

Objectives

- All young people (primary and secondary school, college) should receive appropriate information on healthy, responsible sexuality. Similarly, the whole population, through information campaigns, encounter groups.
- The general public and target groups should continuously receive adequate information on STDs and AIDS.

Activities

- Fall 1988, STD information campaign organized by the communications branch;
- Three prevention and detection teams (two in Montreal, one in Québec City) set up in the past year or so;
- Province-wide STD-info toll-free telephone line;
- AIDS surveillance activities (Montréal General Hospital);

° HIV surveillance activities (DSC St-Sacrement);

° Specific budget for clinical research, evaluation and epidemiology;

° Operating grants to the following organizations:

- Montreal AIDS Committee;
- MIEL - Québec;
- Haitian AIDS prevention group;
- Canadian Hemophilia Society - Québec;
- Iris - Sherbrooke (regional information).

Studies

° Study of STD propagation on territory of Greater Québec City and Lévis DSCs. Lachance, Colette, DSC du St-Sacrement.

° Study of STD problem in district of CLSC de l'Aquilon with health and social service workers. Blanc, Marie-Hélène and Benoît, Céline, 1986.

Injuries

Promotional activities for various types of health problems including:

- Injuries caused by accidents at home (burns, falls (especially old people), drowning, violence);
- Injuries caused by recreational and utility vehicles.

Activities

- Participation with health care system on issues related to injuries;
- System support by:
  - raising public awareness of risks;
  - decreasing disability and rehabilitation care;
  - making representations to public authorities.

Objectives

- Reduce injury-related health care costs;
- Reduce number of avoidable injuries.

Study

- Demonstration project: an enhanced surveillance system (DSC de l'Enfant-Jésus, Québec City).

Highway accidents

Statement of problem

° At present rate, 20,000 Quebecers will die on the roads by the year 2,000.

Objective

° Reduce deaths caused by motor vehicles by 40% within the next seven years.

Activities

° Train workers in the system;

° Identify dangerous locations;

° Raise awareness of air bags.

Studies

° Various regions

For example, Rimouski

- Injuries related to all-terrain vehicles;
- Identification of dangerous locations.

Mental Health

Statement of Problem

- Recent studies "estimate that the prevalence of chronic mental illness in the population is between 15% and 20% and that only one fifth of these problems are diagnosed and treated" (Harnois Report);
- Suicide is an ultimate manifestation of psychological distress (in 1985, 1,112 peole (871 male, 241 female) in Québec committed suicide);
- Quebec has the highest provincial suicide rate;
- Many other serious problems are closely related to mental health: marital violence, violence to children, sexual assault, alcoholism and drug addiction, socio-economic problems and so on;
- It is difficult to analyze statistics on problems related to young people's mental health because of conceptual differences on this subject. However, in 1985, according to data from the directors of youth protection, four children per thousand aged 0 to 18 were estimated to be abused or mistreated.

Objectives

- Improve the mental health of Quebecers, mainly by creating favorable living environments and strengthening personal skills (including parenting);
- Specific objectives are still to be defined for the promotion of children's mental health.

Activities

° From 1988 to 1991, the Department of Health and Social Services must maintain its support of the promotion and prevention activities under way in the system and community organizations such as:
  - early childhood stimulation and parenting skills development programs;
  - volunteer listening and companionship for suicidal persons;
  - self-help groups for psychologically stressful situations, violence and the like;

° In January 1989, the Department of Health and Social Services published a mental health policy. Among other things, it provided for broadening the mental health aspect of the Québec Health Survey to include children aged 6 to 15.

Studies

° Evaluation of an innovative approach to training mental health promotion workers. DSC - Chicoutimi, 1986.

° Evaluation of a mental health program for young psychotic adults, Canadian Review of Community Mental Health, Cormier, Allard, Vaillancourt, Gingras, Québec City, 1987.

° Community action project for a town in crisis. Lebel-sur-Quevillon, 1987.

Independent living for seniors

Statement of problem

- In 1986, 9.9% of the population was 65 or older. In 2001, it will be 13%.
- According to the Survey of Disability in Canada (83-84), 31% of Quebecers aged 65 to 74 were limited in their activities for health reasons. For those over 75, it is 45%.
- The elderly make the greatest demands on the health care system; their average hospital stay is 20 days and between 1980 and 1984, short-term hospitalization rates increased 20% for those aged 65 and over. The average increase for the Québec population as a whole was 6.3% for the same period.
- The cost of care per capita for seniors is six times higher than for the rest of the population. The demographic aging factor alone will cause health expenditures to rise from $3 billion to $4.2 billion between 1981 and 2001.

Objectives

- The main challenge in relation to the elderly population will be to deal with the growing number of disabled seniors and to consider all the possibilities for preventing restricted mobility so that the aged can live healthy lives with greater independence.
- From the 1985 policy "Un nouvel âge à partager" (A new age to share) of the Department of Health and Social Services, we could take and adopt the goal of "enhancing the independence of seniors by developing their skills and abilities and by providing them with conditions for a real quality of life".

Activities

- "Un nouvel âge à partager" suggests four priorities for primary prevention: accidential falls, malnutrition, depression and drug intoxication;
- Promotion activities can be based on these same priorities but action will have to be taken early, before people reach the age when these problems complicate the normal aging process;
- Starting in 1989-90, encourage the creation of a sectoral group on health promotion for seniors;
- In 1989-90, support the creation of a research and development team within the system mandated to experiment with new methods and approaches to health promotion for seniors.

Studies

- Pilot deinstitutionalization study. CA de Montarville, Elsy Gagné, 1986.
- Bon de santé (Health voucher). Lavictoire, Lebel, Théolis. Foyer Harricana Inc, Amos, 1988.
- Physical activity specialist's guide, Kino-Québec module and regional golden age council, 1986.
- Research on insecurity of elderly living at home and its influence on their desire to be institutionalized. Philippe Rancourt, 1987.

Healthy towns and villages

This project is part of an international health promotion movement that started in Toronto in 1984 and then spread to more than 70 European cities and towns and to Australia, before coming back to Canada over a year ago.

For health workers and municipal officials, vast opportunities for effective partnership in promoting the health of individuals and local communities exist, without political or administrative strain.

Fourteen municipalities throughout Québec are involved in concrete actions to promote their citizens' health, in cooperation with other public or private organizations in their community.

Supported by the departments of health and social services and of municipal affairs and by a provincial information centre, they form a network of healthy towns and villages that exchange information and help each other implement their projects.

Subsidized community health projects

Since 1983, the Department has set up a directory of subsidized community health projects. This directory contains research, analyses and studies done by various system agencies on different health topics:

- motor vehicle accidents and injuries;
- alcohol, drugs and tobacco (addiction, better living without smoking);
- cardio-vascular diseases;
- sexually transmitted diseases;
- nutrition (healthy diet);
- pregnancy and childbirth (pregnancy information and nutrition);
- seniors (medication user's notebook, seniors in motion, insecurity);
- handicapped (multiple sclerosis);
- early childhood (youth/new parents, early childhood emergency);
- social health projects (poverty, local planning);
- rehabilitation;
- occupational health (alcoholism, prevention on the farm);
- young people's health (sexuality, asthma, Opération "Jeunes-aide");
- environmental health (intoxication related to game and fish caught);
- mental health;
- violence (women victims, pornography).

Results of the Forum Survey [1]

With valid data available for the third consecutive year, we are able to pursue the analysis beyond a simple snapshot of professional activities, and show the trends. A comparison of the relative importance of issues from 1986 to 1988 shows some major trends in the DSC system.

The two major fields of actitivity in which DSC professionals worked in 1988 are the same as in 1986 and 1987, namely infectious diseases (22.7% of cases) and mental health (10.0%).

The increase in the proportion of infectious disease cases is noteworthy: from 17.0% in 1986 to 22.0% in 1987 and 22.7% in 1988. AIDS cases in particular increased remarkably from 1.4% of identified cases in 1986 to 1.6% in 1987 and 3.2% of the 1,184 cases classified by type in 1988. In 1988, for 6.3% of the 463 respondents to the survey in all 32 DSCs, AIDS was related to at least one of their three main issues. However, the relative importance of STD cases dropped from 6.4% in 1987 to 5.8% in 1988, after nearly doubling from the 1986 level of 3.6%.

This phenomenon is partly explained by a transfer of STD resources to AIDS cases. Finally, a significant increase in the proportion of cases related to travellers' health (1.5% in 1987 to 2.4% in 1988) was noted.

The relative importance of mental health cases stabilized at 9.5% in 1987 and 10% in 1988 after decreasing slightly from 11.7% in 1986. However, suicide cases increased from 0.6% in 1987 to 1.5% in 1988. They were 1.1% in 1986.

[1]Forum Survey 1988 Report, Québec Hospital Association, September 1988

Cases under the heading of "physical health", the third most important in 1988, increased to 8.7% from 7.0% in 1987 and 4.8% in 1986. This increase is largely explained by the growing number of "cardio-vascular health" cases, from 1.5% in 1986 to 2.3% in 1987 and 4.6% in 1988.

Lifestyle-related cases came fourth in 1988 at 8.2%; 12.5% of respondents include them as one of their three main issues. They were 13th out of 14 main issues in 1987. Cases related to physical activity, which were 3.8% in 1988 compared to 0.7% in 1987 and 1.2% in 1986, are responsible for this large increase, as a result of the inclusion of Kino-Québec modules in 1987-88.

The number of accident and injury cases has levelled off at 4.7% in 1988, compared to 5.3% in 1987 and 3.6% in 1986. Motor vehicle accident injuries followed a similar trend: from 2.4% of cases in 1986 to 3.6% in 1987 and 3.3% in 1988.

Finally, we would mention that, further to a noticeable change in the resources assigned to pregnancy and childbirth, the proportion of cases under this heading declined steadily between 1986 and 1988, from 7.3% to 6.6% to 4.7%.

On the other hand, the growing interest in environmental health has not yet been manifested in the statistics; the number of cases under this heading declined from 4.6% in 1986 and 1987 to 4.1% in 1988. In 1988, 3.3% of respondents worked on at least one environmental health case.

Turning now to activities, we note that health promotion cases, which had risen from 8.8% in 1986 to 17.4% in 1987, went down again to 15.6% in 1988. Since this heading includes some subactivities indirectly related to promotion, we can compare data for two particular activities. Cases clearly related to health promotion were 3.3% in 1988, compared to 4.6% in 1987 and 0.7% in 1986. The relative importance of "preparing health education tools" increased from 0.1% in 1986 to 0.2% in 1987 and 1.3% in 1988.

In 1988, 35.5% of cases had to do with research, compared to 31.7% in 1987 and 38.8% in 1986, so this activity remains very important for DSCs. "Evaluation research" included 3.3% + 1.9%= 5.2% of cases in 1988, compared to 5.6% in 1987 and 6.9% in 1986, representing a slight decrease in importance.

Conclusion

The Department of Health and Social Services, which is responsible for protecting public health, is proposing a concrete reorientation toward health promotion and prevention of social and health problems and it must support this approach.

The stakes are high: future generations must benefit from this resource - health - and not have to pay the price for illnesses that could have been prevented by a timely investment in Quebecers' collective health.

The time is right to rally many social forces around the goal of health promotion.

DOCUMENT: 860-236/002

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

Un survol des études, problèmes et efforts actuels liés à la promotion de la santé au Québec

QUÉBEC

VICTORIA (Colombie-Britannique)
les 12, 13, 14 et 15 mars 1989

PROMOTION DE LA SANTE

Un survol des études, problèmes
et efforts actuels liés à la
promotion de la santé au Québec

Victoria, le 13 mars 1989

Prévention - Promotion: un continuum dans la poursuite de l'objectif-santé

La promotion de la santé

La protection de la santé publique est une responsabilité majeure du gouvernement et plus précisément du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette protection s'exerce principalement par trois grandes stratégies: la promotion de la santé, la prévention des maladies et, plus généralement, des problèmes socio-sanitaires ainsi que la surveillance et le contrôle de la santé publique.

Les frontières entre ces différentes stratégies ne sont pas toujours précises et les définitions qu'on en a sont multiples. Pour mieux situer cette présentation, il importe de relever brièvement les liens de parenté, mais aussi les différences, entre promotion et prévention.

La promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé. C'est à ce concept global qu'en sont venus ceux qui reconnaissent la nécessité fondamentale d'un changement à la fois dans les façons de vivre et dans les conditions de vie pour la santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus sain.

La promotion de la santé se résume par les principes généraux suivants: la promotion de la santé travaille avec les gens, non contre eux; il s'agit d'un processus qui se déroule du commencement à la fin au sein de la communauté locale; elle s'attaque aussi bien aux causes sous-jacentes de la santé qu'à ses causes immédiates; elle s'intéresse

autant à l'individu qu'au milieu; elle souligne les dimensions positives de la santé; elle touche tous les secteurs de la société ainsi que l'environnement et devrait faire appel à la participation de tous.

La prévention de la maladie

On parle généralement de prévention de la maladie pour désigner les stratégies mises en oeuvre pour réduire les facteurs de risque dans le cas d'une maladie précise ou pour accroître une série de facteurs qui diminuent la prédisposition à la maladie.

La prévention de la maladie peut également inclure des activités et des stratégies destinées à en minimiser les conséquences une fois qu'elle est contractée. Dans ce cas, on établit une distinction entre la prévention primaire et secondaire.

La prévention primaire cherche à empêcher l'apparition de la maladie ou du trouble. La prévention secondaire cherche à enrayer ou à retarder la progression de la maladie par une détection rapide et un traitement adéquat; elle cherche également à diminuer les cas de rechutes ainsi que de maladies chroniques par des mesures de réadaptation ou par une chirurgie correctrice, par exemple.

La prévention de la maladie est essentiellement une activité qui relève du domaine médical et qui traite des individus ou des groupes qui sont jugés particulièrement à risque. Son but est de protéger la santé. Elle ne représente pas une vision positive de la santé qui va toujours en s'améliorant, mais elle s'attache à maintenir le statu quo. La promotion de la santé, d'autre part, a comme point de départ la population entière dans sa vie quotidienne et non des individus ou des groupes choisis. Son but est d'améliorer la santé. Dans ce contexte, la promotion de la santé et la prévention de la maladie peuvent être considérées comme deux activités distinctes mais complémentaires, qui se recouvrent dans des situations et des circonstances variées.

La promotion de la santé et la prévention s'inscrivent donc dans un continuum

En pratique, il ne sera pas toujours facile, ni souhaitable, de séparer promotion et prévention. En vertu de cette approche, les actions de promotion de la santé seront vues et traitées comme indissociables des actions préventives et même de celles de surveillance et de contrôle. Les priorités de promotion seront d'ailleurs souvent et plus facilement établies à partir des problèmes plutôt que d'états de santé souhaitables, parfois difficiles à définir.

Les inégalités sociales en matière de santé

Problématique:

- Plusieurs facteurs interviennent dans l'inégalité des chances devant la santé et la situation socio-économique est un facteur directement relié à l'incidence de maladies et de problèmes de santé majeurs et il amplifie les effets sur la santé de tous les autres facteurs.

- Un colloque aura lieu à l'automne 1989 et il aura pour but: de se positionner en tant qu'intervenants socio-sanitaires ou en tant qu'acteurs concernés sur les moyens à prendre pour réduire les inégalités sociales face à la santé.

Les objectifs du colloque sont les suivants:

- Sensibiliser à l'accroissement des inégalités sociales qui sont à l'origine des disparités sur le plan de la santé au Québec;
- Susciter un débat autour de la gravité du problème et du pouvoir que l'on détient de provoquer les changements nécessaires;
- Mobiliser pour l'action, en faisant connaître les acquis québécois et en explorant de nouvelles voies d'intervention et de recherche.

Les maladies cardio-vasculaires ou La santé du coeur

Problématique:

- Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité, la première cause d'hospitalisation, la première cause de diminution de l'espérance de vie sans incapacité et la deuxième cause de restriction d'activité chez les Québécois.

- Au chapitre des facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires, l'Enquête Santé Québec nous révèle que plus d'un adulte sur trois fume encore la cigarette tous les jours et que la plus grande proportion de fumeurs se retrouve dans le groupe des gens âgés de 25 à 44 ans. De plus, le tiers de la population dépasse son poids normal et on observe 28% des gens en excès de poids et 9% d'obèses.

Objectifs:

- Etablir un programme cadre provincial pour la santé du coeur afin de réduire la morbidité et la mortalité des M.C.V. au sein de la population québécoise.

- Programme cadre qui incluera des objectifs pour diminuer l'incidence et la prévalence de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie via des actions d'information et d'éducation du public et des divers professionnels de la santé oeuvrant dans ce domaine et comprenant également un volet de travail avec le secteur de l'industrie agro-alimentaire, de la restauration, d'autres organismes gouvernementaux et diverses associations et organisations sans but lucratif.

- Parallèlement à l'objectif précédent, des actions intersectorielles devront également être amorcées afin de diminuer le tabagisme et le stress tout en accroissant la pratique courante de l'activité physique.

Actions:

- Réalisation d'une enquête provinciale sur la prévalence et l'incidence des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires en collaboration avec Santé et Bien-être social Canada;
- Réalisation d'une enquête provinciale en nutrition afin de cerner le comportement alimentaire de la population;
- Participation à différents groupes de travail en vue de définir des orientations fédérales-provinciales au niveau de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie.

Etudes:

- Projet promotion de la santé cardio-vasculaire: stratégie d'éducation sanitaire et interventions multifactorielles. Gallagher, France, 1986.
- Stratégie de formation de multiplicateurs, multiplicatrices dans le domaine de la promotion de la santé cardio-vasculaire auprès de certains groupes d'adultes. Gallagher, France, CLSC du Val St-François, 1987.

La nutrition

En 1970:
Enquête Nutrition Canada (incluant un rapport pour le Québec).
En 1977:
Politique québécoise en matière de nutrition.
En 1987:
Enquête Santé Québec.

Problématique:

- Mauvaises habitudes alimentaires de nombre de Québécois;
- 18 et 20% de gens ne déjeunent jamais ou occasionnellement;
- 32% font de l'embonpoint ou sont obèses;
- 8% sont anorexiques;
- Près de 50 000 jeunes ne consomment pas assez de calcium;
- Santé dentaire déficiente.

Objectifs:

- Améliorer l'alimentation des Québécois au moyen d'objectifs suivants:
  - information générale à l'ensemble de la population;
  - information adaptée aux jeunes, personnes âgées, groupes défavorisés;
  - permettre aux jeunes de faire des choix judicieux;
  - accès à des aliments sains;
  - réduction de naissance de bébés de petit poids mise en valeur chez les femmes enceintes de milieux défavorisés;
  - amélioration de la santé dentaire;
  - diminution de l'obésité et de l'anorexie.

Actions:

- A l'automne 88, lancement du document: "L'alimentation au Québec; voies d'action pour le milieu scolaire", dans toutes les régions du Québec;
- Implantation dudit document à compter de 1989, par les 3 ministères impliqués (MAPAQ-MEQ-MSSS) dans leur réseau respectif.

Etudes:

- Education en nutrition: maternelle et niveau primaire - DSC Cité de la Santé de Laval;
- Evaluation de l'alimentation dans les garderies du territoire 04 - Trois-Rivières;
- Projet expérimental de marketing de menus-santé auprès des adolescents - DSC Roberval.

L'activité physique

Problématique

La contribution que l'activité physique peut apporter non seulement à la santé mais aussi au bien-être général de l'individu est largement reconnue. Les gens qui font régulièrement du sport consultent moins souvent le médecin. La pratique régulière d'une activité physique a généralement pour effet de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires, de maintenir le poids et de renforcer le fonctionnement des articulations (tendons et ligaments) et des muscles. Elle a également un effet bénéfique sur les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de fatigue. Cette habitude de vie est généralement associée à une alimentation équilibrée et à une faible consommation d'alcool et de tabac, ce qui multiplie son potentiel préventif.

Depuis dix ans, les niveaux d'activité physique se sont sensiblement améliorés au Québec: en 1974, 18% de la population s'y adonnait, contre 57% en 1981. Selon une étude canadienne, par contre, seulement le tiers de la population pratiquerait une activité physique à un niveau qui pourrait être bénéfique pour la santé, tandis qu'un autre tiers ne s'y adonnerait qu'à l'occasion. On est plus sédentaire au Québec que partout ailleurs au Canada. La participation des femmes s'est beaucoup améliorée, bien qu'elle demeure en moyenne inférieure à celle des hommes; si cependant on considère l'exercice physique plutôt que les activités sportives, la participation des femmes dépasse celle des hommes. En général, ce sont surtout les personnes jeunes, instruites et célibataires qui s'adonnent à l'activité physique: parmi elles, les cadres et les membres de professions libérales l'emportent, de même que les anglophones.

Les campagnes en faveur de l'activité physique sont appelées à prendre plus d'importance.

Cet intérêt est d'autant plus justifié que des données récentes concernant les habitudes de loisirs des jeunes sont inquiétantes. L'avènement du micro-ordinateur, du magnétoscope et des jeux électroniques dans les foyers ont fait en sorte que les jeunes d'aujourd'hui dépensent moins d'énergie et sont en moins bonne condition physique qu'il y a 10 ou 40 ans! Aux Etats-Unis, l'obésité a progressé de 54% chez les enfants de 6 à 11 ans et de 39% chez les 12 à 17 ans. Cette situation est susceptible d'influer sur la condition physique et l'état de santé des jeunes d'aujourd'hui et des adultes de demain.

Objectif:

"Contribuer au mieux-être et à l'amélioration de l'état de santé globale de la population québécoise, par la promotion d'un mode de vie physiquement actif".

Actions

A l'automne 1987, par la signature d'une convention, le MSSS s'unissait au MLCP, à l'AHQ et au réseau des 32 DSC pour soutenir le programme Kino-Québec.

Ces trois partenaires se sont dotés d'une structure de concertation, de collaboration où chacun est représenté.

Pour l'année 1988-89, 2 priorités ont été retenues:

- le programme Viactive destiné aux personnes âgées;
- la semaine Québec Canada en forme (collaboration conjointe avec le fédéral).

Des comités de travail ont été mis sur pied afin de coordonner la réalisation de ces 2 priorités. De plus des sous-comités travaillent à supporter le programme Kino-Québec pour la réalisation de différentes activités tels:

- les communications;
- le contenu scientifique (lien entre activité physique et santé);
- l'évaluation.

Etudes

Activité physique - Santé et maladie. Yvan D'Amours, Québec Amérique, 1988.

Tabagisme

Problématique:

- Le tabac est associé aux maladies du coeur, aux cancers du poumon, de la trachée et des bronches, aux accidents vasculaires cérébraux, aux maladies respiratoires et à plusieurs autres pathologies;
- Au Canada, 80% des cancers du poumon sont causés par les produits du tabac; 35 000 personnes meurent des causes de la cigarette;
- Au Québec, le tabac contribue à près de 8 000 décès par année, d'abord par maladies cardio-vasculaires, par cancer (surtout celui du poumon);
- Le Québec fait partie des nations championnes du tabagisme, avec le 4e rang des pays occidentaux.

Objectif:

- Réduire le nombre de fumeurs de 50% d'ici l'an 2000 afin d'avoir moins de 20% de fumeurs et moins de 15% de fumeuses.

Actions:

- En janvier 1989, lors d'un colloque organisé par l'AHQ, protection des non-fumeurs dans les lieux publics;
- A la même occasion, lancement officiel du Guide Aire pure par le MSSS pour son réseau;
- Programmes de sensibilisation à la prévention des maladies cardio-vasculaires;
- Encouragement aux établissements, aux municipalités, aux entreprises à réglementer l'usage du tabac dans leur environnement respectif.

Etudes:

- Espaces sans fumée, profil d'intervention auprès des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie, DSC-CHUS, 1987;
- Vidéo sur le tabagisme, dispensaire du Tasiujaq, 1987;
- Vivre mieux sans fumer: une étude d'impact, CLSC Châteauguay, 1986.

L'alcoolisme et les autres toxicomanies

Problématique:

- Les décès imputables à l'alcool sont de l'ordre de 4 000 par année, soit 1 décès sur 10;
- L'alcool est souvent en cause lors d'actes de violence (familiale ou sexuelle);
- Son usage excessif peut entraîner la malnutrition;
- Responsable d'une baisse importante de productivité et de pertes d'emplois;
- La consommation de somnifères est plus forte chez les femmes (14%) que chez les hommes (7%);
- Elle s'accroît après 35 ans et atteint 25% pour les personnes âgées de 65 ans et plus;
- L'usage des drogues illicites serait plus fréquent chez les jeunes, les hommes.

Objectifs:

- L'adoption d'attitudes et de comportements responsables, par les individus et par la société, à l'égard des produits psychotropes.

Actions:

- Du 13 au 19 novembre 1988: Semaine de sensibilisation à la prévention de la toxicomanie;
- Le MSSS coordonne l'élaboration de programmes régionaux de prévention en toxicomanie. Au 1er avril 1989, lesdits programmes devront être complétés.
- Par la suite, actualisation des programmes selon les limites budgétaires.

Etudes:

- Vers un réseau optimal de services en alcoolisme et toxicomanie - CA Domremy, Trois-Rivières - Projet pilote;
- Portrait des ressources et services en toxicomanie sur le territoire du DSC de l'Hôpital de Chicoutimi, DSC Chicoutimi, 1987.

Une sexualité saine et responsable

Problématique:

- La prévalence des MTS dépeint à l'heure actuelle une situation épidémique. Les groupes les plus vulnérables aux conséquences de ces maladies sont les jeunes et plus particulièrement les femmes, si l'on tient compte des complications.
- Les statistiques ont révélé:
  - 5 905 cas de gonorrhée au Québec depuis 1986;
  - 80 000 sujets infectés par chlamydia par année;
  - 529 cas de SIDA déclarés au Québec et 276 de ces cas seraient décédés (au 15 mars 1988).

Objectifs:

- Que l'ensemble des jeunes (primaire, secondaire, collégial) reçoivent une information adaptée à une sexualité saine et responsable. De même que l'ensemble de la population, par le biais de campagnes d'information, de groupes de rencontres.
- Que la population et les groupes-cibles reçoivent, de façon continue, une information adéquate sur les MTS et le SIDA.

Actions:

- Automne 88, campagne d'information sur les MTS organisée par la direction des Communications;
- Mises sur pied de 3 équipes de prévention et de dépistage (2 à Mtl, 1 à Québec) depuis environ 1 an;
- Ligne téléphonique à travers la province (1-800) Info-MTS;
- Activités de surveillance du SIDA (Hôpital général de Montréal);

- Activités de surveillance du VIH (DSC St-Sacrement);
- Budget spécifique pour la recherche clinique, évaluation et épidémiologique;
- Subventions accordées aux organismes suivants pour leur fonctionnement:
  - Comité SIDA-AID-Mtl;
  - MIEL-Québec;
  - Groupe haïtien pour la prévention du SIDA;
  - Société canadienne de l'hémophilie - Québec;
  - Iris - Sherbrooke (information régionale).

Etudes

- Etude des réseaux de propagation des MTS sur le territoire des DSC du Québec Métro et du DSC de Lévis. Lachance, Colette, DSC du St-Sacrement.
- Etude auprès des intervenants en santé et services sociaux en regard de la problématique des MTS dans le district socio-sanitaire du CLSC de l'Aquilon. Blanc, Marie-Hélène et Benoit, Céline, 1986.

Traumatismes

Actions de promotion sur les différents types de problèmes de santé dont:

- Traumatismes causés par les accidents domestiques (brûlures, chutes (surtout personnes âgée), noyade, violence, etc.);
- Traumatismes causés par les véhicules récréatifs et utilitaires.

Actions:

- Participation avec le réseau sur des dossiers reliés aux traumatismes;
- Support au réseau:
  - sensibilisation de la population contre les risques;
  - diminuer l'invalidité et les soins de réhabilitation;
  - faire des représentations auprès des décideurs publics.

Objectifs:

- Réduire les coûts de santé reliés aux traumatismes;
- diminuer les blessures évitables.

Etude:

- Projet de démonstration d'un système de surveillance élargie. (DSC de l'Enfant-Jésus, Québec).

Traumatismes routiers

Problématique:

- Selon la fréquence actuelle, 20 000 québécois trouveront la mort sur les routes d'ici l'an 2000.

Objectif:

- Réduire de 40% la mortalité causée par les véhicules à moteur, d'ici les 7 prochaines années.

Actions

- Formation d'intervenants dans le réseau;
- Identification de sites dangereux;
- Sensibilisation des intervenants au coussin d'air.

Etudes:

- Différentes régions
  Ex: Rimouski
  - Traumatismes reliés aux véhicules tout-terrain;
  - Identification de sites dangereux.

La santé mentale

Problématique:

- Des études récentes "estiment que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux dans la population se situe entre 15 et 20% et que seulement le cinquième de ces problèmes seraient diagnostiqués et traités" (Rapport Harnois);
- Le suicide constitue une manifestation ultime de détresse psychologique (en 1985, 1 112 au Québec dont 871 de sexe masculin et 241 de sexe féminin);
- Le Québec occupe le 1er rang des provinces pour la fréquence des suicides;
- Plusieurs autres problèmes sérieux ont des relations étroites avec la santé mentale: violence conjugale, violence faite aux enfants, agressions sexuelles, alcoolisme et toxicomanie, problèmes socio-économiques, etc;
- Il est difficile d'analyser les statistiques sur les problèmes relatifs à la santé mentale des jeunes en raison des conceptions différentes relatives à la définition de la santé mentale des jeunes. Par contre, en 1985, selon les données des directeurs de la protection de la jeunesse, on évaluerait à 4 pour 1 000 enfants le taux d'incidence des enfants de 0 à 18 ans victimes de mauvais traitements.

Objectifs:

- Améliorer la santé mentale des québécois, principalement par la création de milieux de vie favorables et par le renforcement de compétences personnelles (y compris les compétences parentales);
- Des objectifs précis restent à définir dans le domaine de la promotion de la santé mentale des enfants.

Actions:

- De 1988 à 1991, le MSSS doit maintenir son soutien aux activités de promotion/prévention en cours dans le réseau et les organismes communautaires, comme:
  . les programmes de stimulation précoce des enfants et de développement des compétences parentales;
  . les interventions bénévoles d'écoute et d'accompagnement des personnes suicidaires;
  . les groupes d'entraide face aux situations psychologiques stressantes et à la violence, etc.
- En janvier 1989, publication par le MSSS d'une "Politique en santé mentale". On y prévoit, entre autres, l'élargissement de l'Enquête Santé Québec, volet santé mentale, aux enfants de 6 à 15 ans.

Etudes:

- Evaluation d'une intervention novatrice en termes de formation d'agents multiplicateurs en santé mentale. DSC-Chicoutimi, 1986.

- Evaluation d'un programme de santé mentale pour jeunes adultes psychotiques. Revue canadienne de santé mentale communautaire, Cormier, Allard, Vaillancourt, Gingras, Québec, 1987.

- Projet d'intervention communautaire dans un contexte de ville en crise. Lebel-sur-Quevillon, 1987.

Autonomie des personnes âgées

Problématique:

- La population âgée de 65 ans et plus était de 9,9% en 1986. Elle sera de 13% au 2001.
- Selon l'Enquête sur l'incapacité au Canada (83-84), 31% des Québécois âgés de 65 à 74 ans seraient limités dans leurs activités pour raisons de santé. Après 75 ans, cette proportion passe à 45%.

- Ce sont les personnes âgées qui recourent le plus souvent au système de soins; leur durée moyenne de séjour dans les centres hospitaliers est de 20 jours et en 1980 et 1984, les taux d'hospitalisation de courte durée ont augmenté de 20% pour les 65 ans et plus. L'augmentation moyenne pour l'ensemble de la population québécoise a été de 6,3% pour la même période.

- Le coût per capita des soins est de 6 fois plus élevé chez les personnes âgées que chez les 0-64 ans. Le seul "effet du vieillissement" démographique fera passer les dépenses de santé de 3 à 4,2 milliards entre 1981 et 2001.

Objectifs:

- Le principal défi relativement à la population âgée, consistera à faire face au nombre croissant de personnes âgées en incapacité et d'envisager toutes les possibilités de prévention des restrictions d'activités afin de préparer une vieillesse en santé et de leur assurer une plus grande autonomie.

- De la politique du MSSS "Un nouvel âge à partager" (1985), on pourrait extraire et adopter l'objectif de "renforcer l'autonomie des personnes âgées par la mise en valeur de leurs capacités et de leurs acquis et par l'établissement de conditions qui leur permettent une véritable qualité de vie".

Actions:

- "Un nouvel âge à partager" propose 4 priorités de prévention primaire: chutes accidentelles, malnutrition, dépression et intoxication médicamenteuse;

- Des actions de promotion pourront porter sur ces mêmes priorités mais devront s'exercer précocement, avant même que les personnes atteignant l'âge où ces problèmes viennent compliquer le processus normal de vieillissement;

- Dès 1989-1990, favoriser la création d'un groupe sectoriel sur la promotion de la santé des personnes âgées;

- En 1989-1990, supporter la création d'une équipe réseau de recherche et de développement ayant pour mandat d'expérimenter de nouveaux modes et outils d'intervention en promotion de la santé des personnes âgées.

Etudes:

- Etude pilote de désinstitutionalisation. C.A. de Montarville, Elsy Gagné, 1986.
- Bon de santé. Lavictoire, Lebel, Théolis. Foyer Harricana Inc., Amos, 1988.
- Guide du spécialiste en activité physique, module Kino-Québec et Conseil régional de l'âge d'or, 1986.
- Recherche sur l'insécurité par la personne âgée vivant à domicile et son influence sur le désir d'être hébergée. Philippe Rancourt, 1987.

Villes et villages en santé

Ce projet s'inscrit dans le sillage d'un mouvement international de promotion de la santé qui est né à Toronto en 1984, s'est ensuite étendu à plus de 70 villes européennes et à l'Australie, pour revenir au Canada il y a maintenant plus d'un an.

Pour les intervenants de la santé et ceux du monde municipal, il existe d'immenses champs de confort politique et administratif où peut fleurir un partenariat efficace dans la promotion de la santé des personnes et des communautés locales.

Quatorze municipalités à travers le Québec se sont engagées, en collaboration avec d'autres organisations publiques ou privées de leur communauté, dans des actions concrètes de promotion de la santé de leurs citoyens.

Appuyées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celui des Affaires municipales, et soutenues par un centre provincial d'information, elles forment un réseau de villes et villages en santé qui échangent des informations et qui se supportent dans l'implantation de leurs projets.

Projets subventionnés en santé communautaire

Depuis 1983, le Ministère a mis sur pied un répertoire de projets subventionnés en santé communautaire. Ce répertoire contient les recherches, analyses et études effectuées par différents organismes du réseau et ce touchant différents thèmes de la santé:

- accidents et traumatismes reliés aux véhicules à moteur;
- alcool, drogues et tabac (dépendance, vivre mieux sans fumée);
- maladies cardio-vasculaires;
- maladies transmises sexuellement;
- nutrition (menu-santé);
- périnatalité (info-grossesse, grossesse-nutrition);
- personnes âgées (carnet de l'utilisateur de médicaments, les aînés en mouvement, insécurité);
- personnes handicapées (sclérose en plaques);
- petite enfance (jeunesse/nouveaux parents, SOS petite enfance);
- projets socio-sanitaires (pauvreté, planification locale);
- réadaptation;
- santé au travail (alcoolisme, prévention à la ferme);
- santé des jeunes (sexualité, asthme, opération "Jeunes-aide");
- santé environnementale (intoxication liée aux produits de la chasse et de la pêche);
- santé mentale;
- violence (femmes victimes de, pornographie).

Résultats de l'Enquête Forum[1]

Des données valides étant disponibles pour la troisième année consécutive, nous sommes en mesure de pousser l'analyse au-delà du simple portrait instantané des activités des professionnels pour y inclure une dimension évolutive. La comparaison de l'importance relative des thématiques de 1986 à 1988 permet d'identifier certaines des tendances majeures dans le réseau des DSC.

Ainsi, en 1988, les deux champs majeurs d'intervention dans lesquels travaillent les professionnels des DSC sont les mêmes qu'en 1986 et 1987, soit les maladies infectieuses (22,7% des dossiers) et la santé mentale (10,0%) des dossiers.

La progression de l'importance relative des dossiers de maladies infectieuses est notable, ces derniers représentant 17,0% des dossiers en 1986, 22,0% en 1987 et 22,7% en 1988. La sous-thématique SIDA en particulier connut une progression remarquable passant de 1,4% des dossiers identifiés en 1986 à 1,6% en 1987 et 3,2% des 1 184 dossiers répertoriés en 1988. En 1988, 6,3% des 463 répondants à l'enquête avaient, dans l'ensemble des 32 DSC, au moins un de leur trois principaux dossiers qui portait sur le SIDA. L'importance relative des dossiers MTS a fléchi toutefois de 6,4% à 5,8% entre 1987 et 1988 après avoir presque doublé de 1986 (3,6%) à 1987 (6,4%). Ce phénomène s'explique partiellement par un transfert des ressources affectées aux MTS vers des dossiers SIDA. On note enfin un accroissement notable de la proportion de dossiers consacrés à la santé des voyageurs (1,5% en 1987 à 2,4% des dossiers en 1988).

L'importance relative des dossiers en santé mentale s'est stabilisée en 1987 (9,5%) et 1988 (10%) après avoir connu une légère diminution par rapport à 1986 (11,7% des dossiers). Les dossiers "Suicide" toutefois sont passés de 0,6% de l'ensemble des dossiers en 1987 à 1,5% en 1988. Ils comptaient pour 1,1% des dossiers en 1986.

1. Rapport "Enquête Forum 1988", Association des hôpitaux du Québec, Septembre 1988.

Les dossiers regroupés sous la grande thématique "Santé physique", la troisième en importance en 1988, ont vu leur importance relative passée à 8,7% contre 7,0% en 1987 et 4,8% en 1986. Cet accroissement s'explique largement par l'accroissement du nombre de dossiers "santé cardio-vasculaire" qui regroupe 4,6% des dossiers de 1988 contre 2,3% en 1987 et 1,5% en 1986.

Les dossiers associés aux habitudes de vie viennent en quatrième place en 1988 avec 8,2% de l'ensemble des dossiers et 12,5% des répondants qui l'abordent par le biais de l'un de leurs trois dossiers majeurs. Cette thématique était en 13e position dans l'ordre d'importance des 14 grandes thématiques en 1987. Les dossiers reliés à l'activité physique qui regroupent 3,8% des dossiers en 1988 contre 0,7% en 1987 et 1,2% en 1986 sont responsables de cette importante remontée, suite à l'intégration en 1987-1988 des responsables des modules Kino-Québec.

On observe un plafonnement du nombre de dossiers "Accidents et traumatismes" avec 4,7% des dossiers en 1988 contre 5,3% en 1987 et 3,6% en 1986. Les traumatismes reliés aux véhicules moteurs ont suivi un cheminement semblable avec 2,4% des dossiers en 1986, 3,6% en 1987 et 3,3% en 1988.

Mentionnons en terminant que, traduisant un changement visible dans les ressources affectées à la périnatalité, la proportion des dossiers associés à cette thématique a décru progressivement entre 1986 et 1988 passant respectivement à 7,3% 6,6% et 4,7% des dossiers.

A l'inverse, l'intérêt grandissant pour la santé environnementale ne s'est pas encore manifesté dans les statistiques; cette thématique ayant régressé de 4,6% des dossiers en 1987 à 4,1% en 1988 (4,6% en 1986). En 1988, 3,3% des répondants travaillaient sur au moins un dossier de santé environnementale.

Au plan des activités cette fois, on note que les dossiers de promotion de la santé qui étaient passés de 8,8% de l'ensemble des dossiers en 1986 à 17,4% en 1987, sont redescendus à une proportion de 15,6% en 1988. Cette rubrique comportant certaines sous-activités indirectement reliées à la promotion, nous pouvons comparer les données pour deux activités particulières. Ainsi, les dossiers nettement associés à la "promotion de la santé" comptent pour 3,3% des dossiers en 1988 contre 4,6% en 1987 et 0,7% en 1986. L'activité "préparation d'outils d'éducation sanitaire" a vu son importance relative passée de 0,1% en 1986 à 0.2% en 1987 et 1,3% en 1988.

Du côté de la recherche, on y retrouvait 35,5% des dossiers en 1988 contre 31,7% en 1987 et 38,8% en 1986. Cette activité demeure donc d'une grande importance pour les DSC. La "recherche évaluative" regroupe globalement 3,3% 1,9% 5,2% des dossiers en 1988, contre 5,6% en 1987 et 6,9% en 1986, traduisant ainsi une légère perte d'importance.

Conclusion

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, porteur de la mission de protection de la santé publique, propose et doit soutenir un virage concret vers la promotion de la santé et la prévention des problèmes socio-sanitaires.

Les enjeux sont majeurs: il faut que les générations futures puissent disposer de cette ressource qu'est la santé et qu'elles n'aient pas à payer le prix des maladies que l'on aurait pu prévenir par un investissement précoce dans la santé collective québécoise.

Le temps est propice au ralliement de multiples forces sociales autour d'un objectif de promotion de la santé.